

# **Demande/renouvellement de certification pour les prestations du Programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP)**

**Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave, souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format ?**       **Oui**       **Non**

**Si oui, cochez le type de format souhaité :**

**Gros caractères**

**CD de données**

**CD audio**

**Braille, si vous déclarez qu'aucun des formats susmentionnés ne sera aussi efficace pour vous.**

**Si vous avez besoin d'autres adaptations, veuillez contacter votre district de services sociaux.**

## ***Lorsque vous demandez à bénéficier du SNAP***

- Vous pouvez déposer une demande le jour même où vous la recevez. Nous devons accepter votre demande si, au minimum, elle contient votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et une signature. Ces informations permettront d'établir la date de dépôt de votre demande.
- Pour que votre éligibilité soit déterminée, vous devez suivre la procédure de demande, et notamment passer un entretien et signer la déclaration de certification à la page 2 de la candidature/du renouvellement de la certification. Si vous êtes éligible, les prestations vous seront versées à compter de la date à laquelle vous avez déposé votre demande.
- Vous pouvez demander et obtenir le SNAP pour le(s) membre(s) éligible(s) de votre ménage, même si vous ou d'autres membres de votre ménage n'avez pas droit aux prestations en raison du statut d'immigration. Par exemple, des parents étrangers non éligibles peuvent demander à bénéficier du SNAP pour leurs enfants et recevoir des prestations pour leurs enfants éligibles.
- Vous pouvez toujours demander à bénéficier du programme SNAP et y avoir droit même si vous avez atteint les limites de temps fixées pour l'assistance temporaire.

## ***Lorsque vous renouvelez votre certification au SNAP***

- Vous devez soumettre la demande de renouvellement de la certification dûment remplie et signée.

**N'oubliez pas de signer votre demande.**

***Vous avez besoin de prestations du SNAP immédiatement ? Vous pouvez peut-être bénéficier d'un traitement accéléré de votre demande de SNAP :***

Si votre ménage a peu ou pas de revenus ou de ressources liquides, **ou** si vos dépenses de loyer et de services publics sont supérieures à vos revenus et à vos ressources liquides, **ou** si vous êtes un travailleur agricole migrant ou saisonnier ayant peu ou pas de revenus ou de ressources au moment de votre demande, vous pouvez bénéficier du SNAP dans un délai de 7 jours civils à compter de la date de votre demande. Lorsqu'un résident d'une institution fait une demande conjointe de SSI et de SNAP avant de quitter l'institution, la date d'enregistrement de la demande est la date de sortie du/de la demandeur(se) de l'institution.

***Où demander le SNAP***

Si vous habitez **en dehors de** la ville de New York, vous pouvez faire votre demande en ligne sur [myBenefits.ny.gov](http://myBenefits.ny.gov), ou encore appeler le district des services sociaux du comté où vous habitez ou vous y rendre et demander un dossier de demande, qui peut être envoyé par la poste ou déposé au bureau approprié. Vous pouvez obtenir l'adresse et le numéro de téléphone du district des services sociaux de votre comté en appelant le numéro gratuit **1-800-342-3009**.

Si vous vivez dans la **ville de New York** et que vous ne demandez PAS également une assistance temporaire, vous pouvez faire une demande en ligne sur Access HRA, ou encore appeler n'importe quel bureau SNAP ou vous y rendre et demander un dossier de demande. Vous pouvez obtenir l'adresse et le numéro de téléphone en appelant le **1-718-557-1399** ou le numéro gratuit **1-800-342-3009**.

**Avis de non-discrimination** : conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux réglementations et politiques du département de l'Agriculture des États-Unis (U.S. Department of Agriculture, USDA) en matière de droits civils, il est interdit à l'USDA, à ses agences, bureaux et employés et aux institutions participant ou administrant les programmes de l'USDA d'exercer une discrimination reposant sur la race, couleur, origine nationale, sexe, handicap, âge, ou de se livrer à des représailles ou à des actes de rétorsion pour une activité antérieure en matière de droits civils dans tout programme ou activité menée ou financée par l'USDA.

Les personnes handicapées qui nécessitent des moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (braille, caractères de grande taille, cassette audio, langue des signes américaine, etc.), doivent contacter l'agence (de l'État ou locale) où elles ont déposé leur demande d'allocations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA via le Service de relais fédéral au (800) 877-8339. De plus, les informations sur le programme pourront être disponibles dans une autre langue.

Pour déposer une réclamation pour discrimination dans le cadre du programme, remplissez le formulaire de réclamation pour discrimination du programme USDA (AD-3027), disponible à l'adresse [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) et dans tous les bureaux de l'USDA, ou envoyez un courrier à l'USDA contenant toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre courrier ou votre formulaire dûment rempli à l'USDA de l'une des manières suivantes :

- (1) courrier : U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410 ;
- (2) télécopie : (202) 690-7442 ; ou
- (3) courrier électronique : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Cette institution respecte les principes d'égalité des chances. **N'envoyez pas votre demande à cette adresse.**

**N'oubliez pas de signer votre demande.**

# Demande/renouvellement de certification pour les prestations du Programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP)

## Informations concernant la demande

SSN : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Votre nom (nom, prénom, deuxième prénom) : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone dans la journée (avec indicatif régional) : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle (rue, numéro d'appartement) : \_\_\_\_\_

Ville, État, code postal : \_\_\_\_\_

Adresse postale (si différente) : \_\_\_\_\_

**Votre origine ethnique/race** : ces informations sont collectées pour garantir un traitement équitable de tous les citoyens. Votre réponse est facultative et n'aura aucune incidence sur votre éligibilité ou le montant de vos prestations.

**Ethnicité** : Hispanique ou Latino ?  Oui  Non

**Race** : (cochez tout ce qui s'applique)

Amérindien ou natif de l'Alaska  Asiatique  Noir ou afro-américain  
 Natifs d'Hawaï ou autres insulaires du Pacifique  Blancs

**Langue parlée** : Veuillez nous indiquer la langue que vous parlez \_\_\_\_\_

Êtes-vous citoyen des États-Unis ?  Oui  Non

Résidez-vous dans l'État de New York ?  Oui  Non **Dans quel comté habitez-vous ?** \_\_\_\_\_

**Avez-vous une situation particulière ?** (Cochez toutes les cases qui s'appliquent à vous)

Déficience physique/mentale  Troubles de l'audition  Troubles de la vue  
 Interprète requis  Langue des signes requise  Autre : \_\_\_\_\_

Quelqu'un vous a-t-il aidé à remplir ce formulaire ?  Oui  Non

Nom de la personne qui vous assiste : \_\_\_\_\_

Son numéro de téléphone avec indicatif régional : \_\_\_\_\_

## Informations concernant le ménage :

Dressez la liste des personnes qui vivent avec vous :

Nom (nom, prénom, deuxième prénom) : \_\_\_\_\_ SSN : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme

Identité sexuelle (facultatif) :  Homme  Femme  Non binaire  X  Transgenre

Identité différente : \_\_\_\_\_ Langue parlée : \_\_\_\_\_

Nom (nom, prénom, deuxième prénom) : \_\_\_\_\_ SSN : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme

Identité sexuelle (facultatif) :  Homme  Femme  Non binaire  X  Transgenre

Identité différente : \_\_\_\_\_ Langue parlée : \_\_\_\_\_

Nom (nom, prénom, deuxième prénom) : \_\_\_\_\_ SSN : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme

Identité sexuelle (facultatif) :  Homme  Femme  Non binaire  X  Transgenre

Identité différente : \_\_\_\_\_ Langue parlée : \_\_\_\_\_

**Est-ce que vous ou quelqu'un d'autre dans votre foyer bénéficiez de l'un des types de revenus suivants ?**

Type de revenus	Montant des revenus	Fréquence des revenus	Nom de la personne qui perçoit les revenus
Sécurité sociale			
SSI			
Pension			
Allocation d'ancien combattant			
Indemnisation de travail			
Salaires			
Autre			

Prenez-vous en charge les frais de soins de personnes à charge ?  Oui  Non

Prenez-vous en charge d'autres frais médicaux tels que les ordonnances, les médicaments en vente libre, les fournitures pour diabétiques, les lunettes, les frais dentaires, les appareils auditifs, etc. ?  Oui  Non

Quel est le montant mensuel de votre loyer ou de votre prêt hypothécaire ? \_\_\_\_\_ \$

Prenez-vous en charge un ou plusieurs des frais suivants ?

Je paie le chauffage dans mon logement (mazout, gaz, électricité ou propane, etc.) ou je partage les frais de chauffage avec d'autres personnes.  Oui  Non

J'ai un conditionneur d'air que j'utilise en été et je paie l'électricité ou je partage les frais avec d'autres.

J'ai un conditionneur d'air que j'utilise en été et je paie une redevance pour l'utiliser.  Oui  Non

Je paie l'électricité ou le gaz ou je partage ces frais avec d'autres personnes.  Oui  Non

Je paie le service téléphonique, y compris le service de téléphonie cellulaire (pas un téléphone prépayé).  Oui  Non

**Représentant autorisé** - Vous pouvez autoriser une personne connaissant la situation de votre ménage à **déposer une demande** de SNAP pour vous. Vous pouvez également autoriser une personne extérieure à votre ménage à obtenir une carte EBT de représentant autorisé pour acheter de la nourriture à votre place. Pour autoriser une personne à exercer l'une des deux fonctions ci-dessus, vous devez remplir un document écrit. Vous pouvez le faire en imprimant le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne ci-dessous. Lorsqu'un(e) représentant(e) autorisé(e) dépose une demande au nom d'un ménage SNAP qui ne réside pas dans une institution, le(la) représentant(e) autorisé(e) et un membre adulte responsable du ménage SNAP doivent **tous deux** signer et dater les sections de signature au bas de cette page, à moins que le représentant autorisé n'ait été désigné autrement par le ménage par écrit.

**Si vous souhaitez autoriser quelqu'un, écrivez en lettres d'imprimerie le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de cette personne et signez ci-dessous.**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Cochez cette case si vous souhaitez que votre représentant(e) autorisé(e) obtienne une carte EBT pour acheter de la nourriture à votre place.

**Pour que nous puissions accepter votre demande, vous devez apposer votre signature et la date ci-dessous**

**Certification** : En signant cette demande, je certifie, sous peine de parjure, que j'ai lu (ou que l'on m'a lu), que je comprends et que j'accepte les « droits et responsabilités » décrits aux pages 4 à 6 de cette demande, et que les réponses à cette demande ainsi que tout autre document que je fournirai au département à l'avenir sont, à ma connaissance, exactes et complets. J'ai lu l'avertissement de sanction au titre du SNAP dans ma langue maternelle, on me l'a lu ou on me l'a interprété. Je certifie également que tous les membres de mon ménage SNAP qui demandent des prestations du SNAP sont soit des citoyens américains, soit des non-citoyens dont le statut d'immigration est satisfaisant.

**Veillez consulter les pages 4 à 6 qui contiennent l'« Avertissement de sanction au titre du SNAP » ainsi que vos « Droits et responsabilités ».**

**Votre signature est requise ci-dessous pour compléter le processus de candidature.**

Signature du/de la demandeur(se) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du/de la représentant(e) autorisé(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Instructions pour remplir le formulaire de demande

- Essayez de répondre à autant de questions que possible.
- Sur la page 1 du formulaire de demande, indiquez votre numéro de téléphone où l'on peut vous joindre en semaine ou bien où l'on peut vous laisser un message.
- **N'oubliez pas de signer votre nom avant de soumettre votre formulaire de demande.**
- Assurez-vous de lire l'Avis de droits et de responsabilités et l'Avertissement de sanction au titre du SNAP qui figurent sur les pages suivantes.
- **Vous pouvez déposer une demande incomplète en inscrivant votre nom et votre adresse au recto et votre signature au verso et en complétant le reste de la demande ultérieurement. Ces informations minimales permettront d'établir la date de dépôt de votre demande.**
- **Les prestations du SNAP remontent à la date de dépôt de la demande.**

**Vous devez vous soumettre à un entretien :** nous examinerons votre demande dès sa réception et vous contacterons pour discuter des informations que vous avez fournies dans votre demande.

**Remarque :** si nous ne parvenons pas à vous joindre, vous recevrez une lettre pour planifier un entretien téléphonique.

**Vous devez présenter des éléments de vérification :** lors de votre entretien, nous vous expliquerons les éléments de vérification et les informations que vous devrez fournir pour bénéficier des prestations du SNAP. Nous vous enverrons une liste d'éléments de vérification contenant les éléments à fournir. Vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de votre demande pour nous fournir les vérifications nécessaires. N'hésitez pas à nous demander de l'aide si vous avez des difficultés à obtenir ces documents.

**Décision :** vous recevrez une décision relative à votre demande dans un délai de 30 jours.

### Quels sont les éléments de vérification à fournir ?

Voici la plupart des éléments dont vous aurez besoin lors de votre demande de prestations du SNAP :

- **Une pièce d'identité indiquant votre nom et votre adresse :**
- Si vous n'avez pas d'adresse, veuillez nous en informer.
- **Preuve de revenus.**
- Une lettre d'attribution ou un relevé de dépôt direct des revenus non professionnels comprenant les montants des intérêts perçus et la fréquence des versements. Si vous travaillez, présentez vos quatre dernières semaines de fiches de paie, de relevés de dépôt direct ou de copies de chèques.
- **Numéros de sécurité sociale de tous les membres faisant partie de la demande.**
- **Preuve du statut de non-citoyen(ne) :** si vous n'êtes pas citoyen(ne), fournissez une preuve de votre statut légal de non-citoyen(ne).
- **Preuve de certaines dépenses :** bien que cela soit facultatif, si vous apportez la preuve de l'un des éléments suivants, vos prestations du SNAP pourraient être plus élevées.
  - **Frais médicaux :** si vous ou l'un des membres de votre ménage êtes âgé(e) de 60 ans ou plus ou souffrez d'un handicap certifié, les *frais médicaux non remboursés doivent être vérifiés* à l'aide de reçus pour les quotes-parts ou les primes d'assurance maladie, ou de reçus pour les prothèses dentaires, les lunettes, les appareils auditifs, les piles d'appareils auditifs, les médicaments sur ordonnance, les analgésiques prescrits par le médecin ou les médicaments en vente libre, et le transport pour se rendre aux services médicaux et en revenir.
  - **Pensions alimentaires pour enfants :** preuve, telle que des documents judiciaires, des pensions alimentaires pour enfants que vous versez à une personne ne vivant pas avec vous, et du montant versé.

Indiquez-nous également si vous avez l'une des dépenses ci-dessous (ceci est facultatif, mais ces dépenses peuvent augmenter vos prestations du SNAP) :

1. **Coûts du logement :** loyers ou paiements hypothécaires, taxes foncières ou assurance des propriétaires.
2. **Services publics :** frais de conditionnement d'air, mazout domestique, gaz pour le chauffage, bois ou charbon pour le chauffage, gaz pour la cuisine, électricité, téléphone (y compris les téléphones portables), ou autres dépenses de services publics comme l'eau, les égouts ou l'enlèvement des ordures ménagères.
3. **Frais de soins de personnes à charge :** soins à domicile ou hors du domicile.

**Informations importantes à lire ci-dessous :**

**Sexe et identité de genre :** l'État de New York garantit votre droit d'accès aux prestations et/ou aux services indépendamment de votre sexe, de votre identité ou de votre expression de genre. Vous devez déclarer votre sexe et le sexe de tous les membres du foyer comme masculin ou féminin. Le sexe que vous indiquez doit correspondre à la désignation de sexe actuellement enregistrée auprès de l'Administration de la sécurité sociale des États-Unis. Le sexe que vous déclarez est nécessaire pour traiter votre demande. Il n'apparaîtra sur aucune carte d'allocation que vous pourriez recevoir ou sur tout autre document public.

L'identité de genre est la façon dont vous vous percevez et comment vous vous décrivez. Votre identité de genre peut être identique ou différente de votre sexe attribué à la naissance. L'identité de genre n'est pas requise pour cette application. Si votre identité de genre, ou l'identité de genre de quelqu'un dans votre foyer, est différente du sexe que vous déclarez pour cette personne et que vous souhaitez fournir l'identité de genre de cette personne, indiquez en caractères d'imprimerie « Homme », « Femme », « Non-binaire », « X », « Transgenre », ou « Identité différente » dans l'espace prévu à cet effet. Si vous inscrivez « Identité différente », vous pouvez choisir de décrire davantage l'identité de cette personne dans l'espace prévu à cet effet. La fourniture de ces informations est facultative. Elles sont sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues.

**Avertissement de sanction au titre du SNAP :** toute information que vous fournissez dans le cadre de votre demande de prestation du SNAP sera soumise à vérification par les agents fédéraux, de l'État et locaux. En cas d'information incorrecte, le SNAP pourra vous être refusé. L'indication délibérée d'informations incorrectes affectant votre admissibilité ou le montant de vos allocations vous expose à des poursuites judiciaires. Toute personne enfreignant une condition de probation ou de libération conditionnelle, ou toute personne en fuite pour éviter des poursuites, une détention provisoire ou une peine d'emprisonnement pour un acte délictueux grave et qui ferait l'objet de poursuites actives par les autorités, n'est pas éligible aux prestations du SNAP.

Si un membre d'un ménage bénéficiant du programme SNAP est reconnu coupable d'une violation intentionnelle du programme (Intentional Program Violation, IPV), il ne pourra pas bénéficier des prestations du SNAP pendant une période de :

- 12 mois pour la première violation intentionnelle du programme SNAP.
- 24 mois pour la deuxième violation intentionnelle du programme SNAP ;
- 24 mois pour la première violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des prestations du SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée. (Drogues ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise)
- 120 mois si vous êtes reconnu(e) coupable d'avoir fait une fausse déclaration sur votre identité ou votre lieu de résidence en vue d'obtenir plusieurs prestations du SNAP simultanément, à moins d'être définitivement disqualifié(e) en raison d'une troisième violation intentionnelle du programme.
- En outre, un tribunal peut interdire à une personne de participer au SNAP pendant 18 mois supplémentaires.
- Disqualification permanente d'un individu pour :
- La première violation intentionnelle du programme SNAP fondée sur la constatation par un tribunal de l'utilisation ou de la réception de prestations du SNAP dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs.
- La première violation intentionnelle du programme SNAP si un tribunal a conclu à un trafic de prestations du SNAP d'un montant cumulé de 500 \$ ou plus (le trafic impliquant l'utilisation, le transfert, l'acquisition, l'altération ou la possession illégale de cartes d'autorisation ou d'outils d'accès du SNAP).
- La deuxième violation intentionnelle du programme SNAP si celle-ci est fondée sur une constatation du tribunal selon laquelle la personne a utilisé ou reçu des prestations du SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée. (Drogues ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est requise)
- Toutes les troisièmes violations intentionnelles du programme SNAP.

Toute personne condamnée pour acte délictueux suite à l'utilisation, au transfert, à l'acquisition, à l'altération ou à la détention volontaire de cartes d'autorisation ou d'outils d'accès SNAP pourra être condamnée à payer une amende pouvant aller jusqu'à 250 000 \$, à purger une peine de prison pouvant aller jusqu'à 20 ans ou à ces deux peines cumulées. Cette personne pourra également faire l'objet de poursuites au titre des lois de l'État et fédérales en vigueur.

Vous pouvez être déclaré inéligible au SNAP ou reconnu avoir commis une violation intentionnelle du programme si :

- Vous faites une déclaration fausse ou trompeuse, ou vous présentez de manière inexacte, dissimulez ou passez sous silence des faits afin d'avoir droit à des prestations ou de recevoir davantage de prestations ; ou
- Vous achetez un produit avec des prestations du SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent liquide en jetant intentionnellement le produit et en retournant le récipient pour le montant de la consignation ; ou
- Vous commettez ou tentez de commettre un acte qui constitue une violation de la loi fédérale ou de la loi de l'État dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquérir, de recevoir, de posséder ou d'opérer un trafic des prestations du SNAP, des cartes d'autorisation ou des documents réutilisables utilisés dans le cadre du système de transfert électronique de prestations (Electronic Benefit Transfer, EBT).
- En outre, les points suivants ne sont pas autorisés et vous risquez de ne pas pouvoir bénéficier des prestations du SNAP et/ou de faire l'objet de sanctions pour les actions suivantes :
  - Utiliser ou détenir des cartes EBT qui ne vous appartiennent pas, sans le consentement du propriétaire de la carte ; ou
  - Utiliser les prestations du SNAP pour acheter des produits non alimentaires, comme de l'alcool ou des cigarettes, ou pour payer des aliments précédemment achetés à crédit ; ou
  - Permettre à quelqu'un d'autre d'utiliser votre carte de transfert électronique de prestations (EBT) en échange d'argent liquide, d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de drogues, ou pour acheter de la nourriture pour des personnes qui ne sont pas des membres du ménage SNAP.

**Paiement excédentaire** : si vous recevez des prestations du SNAP plus importantes que vous ne devriez (paiement excédentaire), vous devrez les rembourser. Si votre dossier est actif, nous reprendrons le montant du trop-perçu sur les futures prestations du SNAP que vous recevrez. Si votre dossier est clos, vous pouvez rembourser les paiements excédentaires au moyen de toutes les prestations du SNAP non utilisées restant sur votre compte, ou vous pouvez payer en espèces.

Si vous faites l'objet d'un trop-perçu qui n'est pas remboursé, il sera envoyé en recouvrement, y compris en recouvrement automatisé par le gouvernement fédéral. Les prestations fédérales (comme la sécurité sociale) et les remboursements d'impôt auxquels vous avez droit peuvent être utilisés pour rembourser l'excédent. La dette sera également soumise à des frais de traitement.

Toutes les prestations du SNAP supprimées de votre compte EBT seront utilisées pour réduire les trop-perçus courants. Si vous faites de nouveau une demande de prestations du SNAP et que vous n'avez pas remboursé le montant que vous devez, vos prestations du SNAP seront réduites si vous êtes de nouveau éligible à des prestations du SNAP. Vous serez alors informé(e) du montant des prestations réduites auquel vous avez droit.

**Consentement** : je comprends qu'en signant ce formulaire de demande, j'accepte toute enquête menée par le Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York ou par mon district local de services sociaux pour vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies ou toute autre enquête menée par eux dans le cadre de ma demande de prestations du SNAP. Si des informations supplémentaires sont demandées, je les fournirai. Je m'engage également à coopérer avec le personnel de l'État et de l'administration fédérale dans le cadre d'un examen de contrôle de la qualité du programme SNAP.

Je comprends qu'en signant la présente demande/certification, j'accepte toute enquête visant à vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies et toute autre enquête diligentée par une agence gouvernementale agréée en relation avec les prestations du Programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program, HEAP). Je consens également à ce que les informations fournies dans la présente demande soient utilisées pour orienter les personnes vers les programmes d'aide à l'isolation thermique et les programmes pour les personnes à faibles revenus de ma compagnie de services publics. Je comprends que l'État utilisera mon numéro de Sécurité sociale pour vérifier si je perçois des allocations HEAP auprès de mes fournisseurs énergétiques domestiques. Cette autorisation signifie que j'accepte que tout fournisseur d'énergie domestique, ma société de services publics incluse, communique des informations statistiques me concernant, notamment, sans toutefois s'y limiter, ma consommation énergétique annuelle, mes frais d'électricité, ma consommation de combustible, le type de combustible que j'utilise, mes dépenses annuelles en combustible et mes antécédents de paiements au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance) et au district de services sociaux (Social Services District) local, ainsi qu'au département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (United States Department of Health and Human Services) aux fins d'évaluer les performances du Programme d'aide à l'énergie domestique pour les foyers à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**Autorisation de divulgation d'informations confidentielles relatives à l'assurance-chômage (Unemployment Insurance, UI)** : j'autorise le Département du travail (Department of Labor, DOL) de l'État de New York à communiquer toute information confidentielle conservée par le DOL dans le cadre de l'assurance-chômage au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (OTDA) de l'État de New York. Ces informations comprennent mes demandes d'allocations UI et les antécédents de mes salaires. Je suis conscient(e) que l'OTDA, ainsi que les employés de l'État et des agences locales travaillant dans les bureaux de district des services sociaux utiliseront les informations de l'assurance-chômage pour établir ou vérifier l'éligibilité et le montant du SNAP faisant l'objet de la présente demande, et pour mener des enquêtes afin de déterminer si j'ai reçu des prestations auxquelles je n'avais pas droit.

**Divulgarion d'informations aux prestataires de services :** j'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives aux prestations du Programme d'aide alimentaire supplémentaire perçues par moi ou par tout membre de mon ménage sous ma tutelle légale aux fins de vérifier mon éligibilité aux services et paiements liés à la gestion d'un programme de l'État ou d'un sous-traitant local. Lesdits services peuvent inclure, sans y être limités, des services de placement professionnel et de formation pour m'aider personnellement ou pour aider un membre de mon foyer à obtenir et à conserver un emploi.

**Informations sur les allocations pour les factures énergétiques normales :** je comprends que les bénéficiaires du SNAP sont formellement éligibles au Programme d'aide à l'énergie domestique du fait de leurs revenus (HEAP). Si je n'ai pas perçu d'allocation HEAP supérieure à 20,00 \$ pour le mois en cours ou sur les 12 derniers mois, ni aucune autre allocation au titre d'un autre programme d'assistance énergétique, je dois payer mes frais de chauffage, de climatisation ou de service public séparément pour avoir droit à une allocation pour les factures énergétiques normales.

**Changements :** je m'engage à informer **rapidement** l'agence de tout changement concernant mes besoins, mes revenus, mes biens, mes conditions de vie, mon statut d'adulte valide sans personne à charge (ABAWD), y compris si mes heures de travail tombent en dessous de 80 heures par mois, mon état de grossesse ou mon adresse, au mieux de mes connaissances ou de mes convictions, conformément à mes obligations en matière de déclaration.

**Exigences relatives à la déclaration/au contrôle des dépenses du foyer :** je comprends que mon ménage doit déclarer les dépenses de garde d'enfants et de services publics afin de bénéficier d'une déduction pour ces frais au titre du SNAP. Je comprends également que mon foyer est tenu de déclarer et de contrôler les paiements du loyer/du prêt hypothécaire, de la taxe foncière, de l'assurance, des frais médicaux et de garde de pension alimentaire pour enfant(s) versés à un membre hors du foyer pour être admissible à une déduction SNAP pour lesdites dépenses. Je comprends que toute omission de déclaration/contrôle des dépenses ci-dessus sera perçue comme un renoncement de mon foyer à toute déduction pour ces dépenses non déclarées/non contrôlées. La déduction de ces dépenses peut me rendre admissible à des allocations SNAP ou augmenter le montant de mes allocations SNAP. Je comprends que je peux déclarer/contrôler ces dépenses à tout moment à l'avenir. La déduction sera alors appliquée au calcul des allocations SNAP des mois suivants, conformément aux règles relatives au signalement et au traitement des modifications.

En faisant une demande de SNAP, je suis conscient(e) que le district des services sociaux demandera et utilisera les informations disponibles par le biais du système de vérification des revenus et de l'éligibilité pour étudier ma demande, et pourra vérifier ces informations par le biais de contacts collatéraux si des contradictions sont constatées. Je comprends également que ces informations peuvent affecter mon admissibilité à des allocations SNAP et/ou le montant des allocations SNAP que je perçois.

**Déclaration relative à la loi sur la protection de la vie privée - Collecte et utilisation du numéro de sécurité sociale (SSN) :** la collecte des SSN est autorisée pour chaque membre du ménage dans le cadre du programme SNAP, conformément à la loi Food and Nutrition Act de 2008. Les informations que nous collectons seront utilisées pour déterminer si votre foyer est ou reste admissible à une aide ou à des allocations. Nous vérifierons ces informations via des programmes de correspondance informatique. Ces informations seront également utilisées pour vérifier la conformité aux conditions du programme et pour la gestion du programme. Ces informations pourront être communiquées aux agences fédérales ou de l'État pour un examen officiel ainsi qu'aux représentants des forces de l'ordre dans le cadre de l'arrestation de personnes en fuite pour éviter de se soumettre à la loi. Ces informations seront utilisées pour contrôler votre identité, ainsi que les revenus professionnels et non professionnels.

Si votre ménage fait l'objet d'une réclamation SNAP, les informations contenues dans cette demande, y compris tous les SSN, peuvent être transmises aux agences fédérales et de l'État, ainsi qu'aux agences privées de recouvrement des créances, pour une action de recouvrement des créances. Toute personne demandant à bénéficier du SNAP doit fournir un SSN. Les SSN des membres non admissibles seront également utilisés et divulgués de la manière décrite ci-dessus. Si vous-même ou toute autre personne faisant une demande/renouvelant sa certification n'avez pas de SSN, vous devez en faire la demande auprès de l'administration de la sécurité sociale (SSA.gov).

Outre l'utilisation des informations que vous nous communiquez de cette manière, l'État les exploite également pour établir des statistiques sur l'ensemble des personnes bénéficiant du Programme d'aide à l'énergie domestique. Les informations sont utilisées dans le cadre du contrôle qualité réalisé par l'État afin de s'assurer que les districts locaux font de leur mieux. Elles permettent de vérifier l'identité de votre fournisseur d'énergie et de s'assurer de vos paiements auprès de ce fournisseur.

**Citoyenneté/statut d'immigration :** je jure et/ou affirme, sous peine de parjure, que les informations que j'ai fournies concernant ma citoyenneté et ma situation au regard de l'immigration, ainsi que celle de toute personne vivant avec moi, sont vraies et exactes. Je comprends que toute information que je fournis pour vérifier le statut d'immigration d'une personne demandant à bénéficier du programme SNAP peut faire l'objet d'une vérification d'authenticité auprès des services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis.

**Pour le SNAP,** la citoyenneté ne doit être documentée **qu'en cas de doute.**

**N'oubliez pas de signer votre demande.**